

Rosenkranz, Madlen

Postpartale Depression
Über die Bedeutung der Kooperation von Sozialar-
beit und Gesundheitswesen im Hinblick auf
Wöchnerinnen

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2013

Rosenkranz, Madlen

Postpartale Depression

Über die Bedeutung der Kooperation von Sozialar-
beit und Gesundheitswesen im Hinblick auf
Wöchnerinnen

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2013

Erstprüfer: Prof. Dr. Barbara Wedler

Zweitprüfer: Prof. Dr. Steffi Weber Unger Rotino

Bibliographische Beschreibung:

Rosenkranz, Madlen:

Postpartale Depression. Über die Bedeutung der Kooperation von Sozialarbeit und Gesundheitswesen im Hinblick auf Wöchnerinnen.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit,
Bachelorarbeit, 2013

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit dem Krankheitsbild der postpartalen Depression. Dabei soll vor allem die Geburt eines Kindes als lebenskritisches Ereignis betrachtet und erörtert werden. Um dabei die Umstrukturierungsprozesse im Leben einer Frau verstehen zu können, wird geklärt, wie man aus psychosozialer Sicht zur Mutter wird und welche Risikofaktoren auf Mütter einwirken und eine postpartale Depression begünstigen.

Inhaltsverzeichnis

Bibliographische Beschreibung:	3
Referat:	3
1 Einleitung.....	6
2 Begriffsbestimmungen der postpartalen psychischen Erkrankungen	8
2.1 Postpartales Stimmungstief – Baby-Blues.....	8
2.2 Postpartale Depression	10
2.3 Postpartale Psychose.....	12
3 Entstehung der Mütterlichkeit – Geburt als lebensveränderndes Ereignis	15
3.1 Drei-Phasen-Modell des Mutterwerdens	15
3.1.1 Phase 1 – Vorbereitungsphase	15
3.1.2 Phase 2 - Festigungsphase.....	16
3.1.3 Phase 3 – Anpassungsphase.....	18
3.2 Krisenkonzept des Übergangs zur Elternschaft.....	18
3.2.1 Bewältigung der Krise.....	19
4 Risikofaktoren.....	21
4.1 Risikofaktoren nach Hartmann	21
4.2 Das Ursachenpuzzle	22
4.2.1 Biologische Ursachen.....	22
4.2.2 Ursachen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	24
5 Prävention	26
5.1 Prävention mit Hilfe der Hebamme.....	26
5.1.1 Die Familienhebamme.....	27
5.2 Die Edinburgh Postnatale Depressionsskala.....	28
6 Fazit/ Zukunftsaussicht.....	30

Anlagen	32
Literaturverzeichnis	35

1 Einleitung

Unsere Gesellschaft thematisiert Schwangerschaft und Geburt zum heutigen Zeitpunkt beinahe täglich. Dabei haben vor allem Themen wie gesunde Kost in der Schwangerschaft und Stillzeit, Ernährung und Pflege des Neugeborenen sowie Entbindungsformen den Vorrang (vgl. Sauer 1997, S. 65 f). Aus meiner Sicht soll dies nicht nur zur Information werdender Eltern dienen, sondern vorrangig die Webeindustrie und resultierend daraus die Marktwirtschaft begünstigen. Weiterhin wird von gesellschaftlicher Seite aus eine Idealisierung von Mutterschaft suggeriert. Dies äußert sich für mich in den Abbildungen von gut aussehenden, fröhlich stillenden Müttern in Zeitschriften und Fernsehen die schon in kürzester Zeit nach der Geburt ihren physischen und psychischen Ausgangszustand erreicht haben. Für mich besteht die Möglichkeit, dass in diesem Falle vor allem Adressatinnen ein verfälschtes Bild von der Phase der Schwangerschaft bis zum Wochenbett erhalten und sich dadurch Ambivalenzen bilden können.

Meine Motivation zur Erstellung dieser Arbeit ergab sich nach der Geburt meines Sohnes. Mich faszinieren die hormonellen und körperlichen Vorgänge im Zeitraum der Schwangerschaft bis hin zum Wochenbett. Ich habe mich selbst damals intensiv damit befasst und bin auf das Thema des psychosozialen Zustandes einer Frau nach der Geburt eines Kindes gestoßen. In der Recherche zu meiner Arbeit ist mir dann zunehmend aufgefallen, dass die Problematik der postpartalen Depression weitestgehend tabuisiert wird und wenig Literatur zu finden ist.

Doch wer setzt sich intensiv mit der Phase Schwangerschaft – Geburt – Wochenbett als möglicherweise kritisches Lebensereignis auseinander? In erster Linie liegt der Hauptversorgungsschwerpunkt bei medizinischen Berufen wie Gynäkologen, Hebammen und Krankenschwestern. Doch auch die klinische Sozialarbeit sollte mit dem Themenschwerpunkt der postpartalen psychischen Erkrankungen vertraut sein, da diese aus meiner Sicht ein Türöffner zu einem Erste-Hilfe-Netzwerk sein könnten.

Ich habe die Bachelorarbeit erstellt, um Berufsgruppen die mit jungen Müttern arbeiten auf die Thematik der postpartalen Depression zu sensibilisieren damit den Betroffenen die notwendige Empathie entgegengebracht werden kann. Da-

bei bezieht sich meine Hauptfragestellung darauf, wie eine postpartale psychische Erkrankung entsteht und ob es außer der hormonellen Veränderungen noch andere Risiken für Frauen gibt, an einer Postpartalen Depression zu erkranken.

Um die Arbeit in einer nachvollziehbaren Reihenfolge aufzubauen, werden zu Beginn verschiedene Begriffsbestimmungen zu postpartalen psychischen Erkrankungen vorangestellt. Im weiteren Verlauf wird geklärt, wie die Entstehung des Mutter-Seins nach Daniel N. Stern ist und welche Gefahren diese für die psychische Gesundheit von Frauen birgt. Auch die Erklärung des Krisenkonzeptes nach Sauer soll zur Verständlichkeit von einhergehenden postpartalen Konflikten mit der Elternschaft dienen. Um die Entwicklung einer Postpartalen Depression nachvollziehen zu können, werden im Ausklang der Arbeit verschiedene Facetten von Risikofaktoren und Ursachenfaktoren beschrieben sowie Präventionsmöglichkeiten aufgezeigt. Ich habe auf das Themenfeld der Therapiemöglichkeiten in dieser Arbeit verzichtet, da ich mich ausführlich mit den Bedingungen für die Entstehung einer postpartalen psychischen Krankheit auseinandersetze um betroffene Frauen und Angehörige in meiner späteren Tätigkeit als Sozialarbeiterin besser verstehen zu können.

Ich möchte darauf hinweisen, dass ich in meiner Arbeit oft die Redewendung *junge Mutter* verwende und damit den Zustand einer Frau meine die kürzlich ihr Kind entbunden hat.

2 Begriffsbestimmungen der postpartalen psychischen Erkrankungen

Zum heutigen Zeitpunkt zählen depressive Erkrankungen bereits zu den häufigsten psychischen Störungen. Bis 2020 wird erwartet, dass diese zur anführenden Krankheitsbelastung unter den gesamten Gesundheitsproblemen werden (vgl. Hartmann 2010, In: Kißgen/ Heinen (Hrsg.), S. 65)

Zu Beginn wird geklärt, was man sich unter dem Begriff der Depression, beziehungsweise einer postpartalen psychischen Erkrankung vorstellt. Hierzu möchte ich zunächst die Begriffe aus dem lateinischen erläutern: Depression: depri-mere = niederdrücken; postpartal: post partum= nach der Geburt (vgl. Gröhe 2004).

Allgemein wird vorangestellt, dass es sich bei postpartalen psychischen Erkrankungen um Gemütszustände handelt, in welche eine Mutter um die Zeit der Geburt eines Kindes geraten kann. Dabei unterteilt man die postpartalen psychischen Erkrankungen in verschiedene Kategorien. Hierbei wird ausdrücklich erwähnt, dass diese Erkrankungen häufig nicht voneinander isoliert werden können sondern fließend ineinander übergehen (vgl. Schatten&Licht). Die folgenden Abschnitte befassen sich nun mit den verschiedenen Unterarten der postpartalen psychischen Erkrankungen und soll als Orientierungshilfe dienen.

2.1 Postpartales Stimmungstief – Baby-Blues

Der Begriff Baby-Blues stammt aus der amerikanischen Umgangssprache und benennt ein kurzzeitiges Stimmungstief welches bis zum zehnten Tag nach einer Niederkunft auftreten kann (vgl. Nispel 2001, S.40). Es seien „50 bis 80 Prozent aller Mütter“ davon betroffen (Nispel 2001, S. 40).

Vor allem nach einer glücklich verlaufenen Entbindung besteht die Möglichkeit, dass Frauen sich in den ersten zwei Tagen post partum in einem Zustand der Euphorie befinden. Dieser Zustand wird zumeist von einem seelischen Tief abgelöst (vgl. Nispel 2001, S. 40). Im Auftreten dieses seelischen Zustandes existiert eine charakteristische „Häufung am dritten bis fünften Tag“ nach einer Entbindung (Sauer 1997, S. 77). Oftmals legt sich das Stimmungstief nach wenigen Stunden oder Tagen von selbst wieder und bedarf keiner medizinischen

Behandlung. Es wird empfohlen, der Mutter liebevolle Zuwendung und Verständnis entgegen zu bringen, da dies das Auftreten von schweren depressiven Störungen am ehesten vermeidet (vgl. Sauer 1997, S. 77).

„Das allgemeine Stimmungstief ist gekennzeichnet durch unerwartete Tränenausbrüche und Stimmungsschwankungen. Kleinste Anlässe (z.B. eine geringfügige Verspätung des Ehemannes oder mangelnde Beachtung durch die Krankenschwestern) können Gefühlsausbrüche auslösen. Dazu kommen Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Konzentrationsschwäche, Verwirrtheit und Ängstlichkeit. Die betroffene Mutter ist häufig reizbar und hat eine feindselige Einstellung gegenüber dem Ehemann und anderen Personen [...]“ (Sauer 1997, 77).

Hält der seelische Zustand hingegen nach zwei Wochen noch an, besteht ein Krankheitswert der sich im schlimmsten Falle zu einer postpartalen Depression entwickelt hat (vgl. Sauer 1997, S. 77).

Aus der Literatur geht hervor, dass es keine Einigkeit bezüglich der Ursachen des postpartalen Stimmungstiefes gibt. Als eine der Hauptursachen wird allerdings die hormonelle Situation einer Frau nach der Entbindung in Betracht gezogen. Als mitbedingender Faktor wird dabei vorrangig der rasche Abfall des Östrogen-Spiegels sowie Progesteron-Spiegels (weibliche Sexualhormone) betrachtet. Es soll hierbei ausdrücklich erwähnt werden, dass eine ausschließlich hormonelle Auslegung dem Phänomen des Stimmungstiefes nicht gerecht wird. (vgl. Sauer 1997, S. 77). „Statt dessen kann das allgemeine Stimmungstief auch als Anpassungsleistung an die veränderte Situation oder als Reaktion auf bestimmte psychosoziale Bedingungsfaktoren (z.B. eine schlechte Ehebeziehung, ungeplante Schwangerschaft, Geburtskomplikationen, Trennung von Mutter und Kind nach der Entbindung oder Stillprobleme) verstanden werden“ (Sauer 1997, S. 78).

Hinzu kommt, dass sich rund um eine Geburt viele Fragen, Sorgen und Ängste entwickeln. Es besteht die Möglichkeit, dass Frauen theoretisch auf die Umbrüche der postpartalen Zeit vorbereitet sind, dann in der Praxis sich jedoch alles anders entwickelt. Eine Frau nimmt mit dem Ereignis der Geburt auch in gewisser Weise Abschied von ihrem alten Leben und schaut meiner Meinung nach in eine ungewisse Zukunft, da man viele Dinge des täglichen Lebens nicht mehr genau planen oder voraussagen kann. Auch können sich Situationen in Krankenhäusern auf Wöchnerinnenstationen negativ auf das Befinden der Frauen

auswirken (vgl. Nispel 2001, S. 41 f). Aus eigener Erfahrung heraus kann ich zwar bestätigen, dass eine 24-Stunden Betreuung seitens der Krankenschwestern auf solch einer Wöchnerinnenstation einen gewissen Halt und Sicherheit vermitteln. Jedoch ist aus meiner Sicht kein Krankenhaus der Welt mit der Geborgenheit des eigenen Zuhauses ausgestattet. Fühlt man sich nun als Wöchnerin in dem Umfeld der ersten Tage unwohl, so besteht aus meiner Sicht die Möglichkeit der Auswirkung auf die psychische Gesundheit.

Um den Müttern eine Intimität zu gewährleisten, bieten viele Krankenhäuser heute die Möglichkeit des Rooming-in an. Dabei handelt es sich um eine Methode, bei der die Neugeborenen sich 24 Stunden am Tag bei der Mutter befinden. Dies hat den Vorteil, dass die Neugeborenen nach Bedarf gestillt werden können und eine enge Bindung zur Mutter aufgebaut werden kann. Die aufgezählten Fakten können eine begünstigende Wirkung auf die psychische Gesundheit der Mutter haben (vgl. Sauer 1997, S. 78 f).

2.2 Postpartale Depression

„Als postpartale Depression werden im Allgemeinen alle schwereren, länger dauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen im ersten Jahr nach einer Entbindung bezeichnet“ (Riecher-Rössler in Demal, Ulrike/ Katschnig, Heinz/ Klier, Claudia M. (Hrsg.) 2001, S. 25). Dazu möchte ich gern erwähnen, dass der Zeitraum des Beginnes einer postpartalen Depression von Literatur zu Literatur unterschiedlich festgelegt ist.

Grundsätzlich können „[b]ei der postpartalen Depression [...] alle Symptome auftreten, die man auch bei Depressionen zu anderen Lebenszeiten vorfindet: Niedergeschlagenheit und Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebs- und Lustlosigkeit, innere Leere (bis hin zur Unfähigkeit, zu trauern und zu weinen), Pessimismus, Denk- und Konzentrationsstörungen, Vernachlässigung des Äußeren, Appetitstörungen, Schlafstörungen, Libidoverlust und vielfältige somatische Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Verdauungsstörungen oder Muskelverspannungen“ (Sauer 1997, S. 83). Auffällig ist jedoch, dass ähnlich wie beim vorangegangenen Baby-Blues beschrieben, die Erkrankungen depressiver Art der Postpartalzeit mit einer charakteristischen emotionalen Labilität einhergehen.

Außerdem kann es auch zu schwersten depressiven Zuständen mit Suizidalität kommen (vgl. Riecher-Rössler in Demal, Ulrike/ Katschnig, Heinz/ Klier, Claudia M. (Hrsg.) 2001, S. 26).

Neben den Symptomen der herkömmlichen Depression existieren auch typische Symptome der postpartalen Depression. Diese entwickelt sich meist schleichend nach der Entbindung und fängt vorwiegend mit Erschöpfung und Müdigkeit an. Betroffene Frauen fühlen sich dabei überwiegend physisch krank und ausgelaugt und verspüren ein ausgeprägtes Schlafbedürfnis über den ganzen Tag hinweg. Anders als bei der bekannten Depression, bei der von Betroffenen die morgendliche Tageszeit als belastend empfunden wird, ist der Morgen bei der postpartalen Depression die beste Tageszeit. Eine Verschlechterung des Wohlbefindens stellt sich im Laufe des Tages ein und es besteht das Bedürfnis, sich früh zu Bett zu legen. Darüber hinaus besteht in vielen Fällen die Möglichkeit, dass die betroffenen Frauen nicht an einer für Depressionen üblichen Appetitlosigkeit leiden sondern sich ein ausgeprägter Esszwang entwickelt. Dieser entsteht häufig durch Frustration und Langeweile und kann gegebenenfalls in eine postpartale Fettsucht münden. Hinzukommt ein allgemeines Insuffizienzgefühl der Betroffenen, welche sich dadurch der neuen Situation als Mutter nicht gewachsen fühlt und sich für eine unwürdige oder schlechte Mutter hält. Sie glaubt, dass sie den täglichen Anforderungen des Alltags nicht gerecht werden kann und nicht in der Lage dazu ist ein Kind und den Haushalt zu versorgen. Im schlimmsten Falle, kann eine Interessenlosigkeit der Mutter zu einer Vernachlässigung des Kindes führen. In manchen Fällen wünscht sich die betroffene Frau, sie hätte nie ein Kind bekommen oder sie kann ihr Kind nicht lieben. Dies kann zu einem Teufelskreis führen, da die Mutter gegebenenfalls auch phobisch werden kann und Angst bekommt, dem Kind zu schaden oder sich davor zu fürchten. Für postpartale Depressionen charakteristisch sei eine Reizbarkeit der Mutter, welche nur noch schwer kontrolliert werden kann. Somit besteht die Möglichkeit von Gefühlsausbrüchen seitens der Mutter, welche teilweise in Gewalttätigkeiten oder Gefühlsausbrüchen mit heftigen Schamgefühlen münden. Der Auslöser für solch einen Ausbruch stellt vordergründig das Schreien des eigenen Babys dar. Bedingt durch solche Momente stellen sich dann Schuldgefühle gegenüber dem Partner oder des Kindes ein begleitet von Versagens- und Minderwertigkeitsgefühlen (vgl. Sauer 1997, S. 84 f).

Die aufgeführten Aspekte sollen einen Einblick in die Thematik geben und werden unter dem Punkt *Risikofaktoren* nochmals ausführlich von mir erarbeitet.

2.3 Postpartale Psychose

„Die postpartale Psychose – auch Wochenbettpsychose genannt – stellt die schwerste Form des nachgeburtlichen Stimmungstiefs dar. Sie kommt bei einer bis drei von 1000 Frauen vor. Es handelt sich um eine psychische Erkrankung, in deren Verlauf die betroffene Frau den Kontakt mit der Realität verliert“ (Nispel 2001, S. 54).

Die postpartale Psychose entwickelt sich besonders in den ersten zwei Wochen nach der Niederkunft, wodurch sich vermutlich auch der Name *Wochenbettpsychose* etabliert hat. Dabei beginnt es oftmals mit einem augenblicklichen Ausbruch über Nacht. Hierbei besteht die Möglichkeit, dass sich die ganze Persönlichkeit der Betroffenen von einem auf den anderen Tag verändert (vgl. Nispel 2001, S. 54). Weiterhin liegt der Beginn nicht immer bei einem akuten Ausbruch, vielmehr kann sich eine postpartale Psychose auch aus einer postpartalen Depression zu einem späteren Zeitpunkt postpartal entwickeln (vgl. Schatten & Licht e. V. ohne Angabe). Dennoch ist ein vorwiegender Krankheitsbeginn unmittelbar nach den Wehen zu beobachten. Ist dies der Fall, stellen extreme Ängstlichkeit und Schlaflosigkeit der Frau die ersten Warnsignale dar (vgl. Nispel 2001, S. 54). Ich möchte an dieser Stelle besonders hervorheben, dass Krankenschwestern auf Wöchnerinnenstationen besonders sensibel im Umgang mit den Frauen sein sollten. Sie sollten die „Mütter im Auge behalten, die erregt, überaktiv, misstrauisch oder verkrampft scheinen. Desgleichen müssen jene Mütter besonders beachtet werden, die meinen, dass mit ihrem Baby etwas nicht stimmt“ (Nispel 2001, S. 54). Des Öfteren wird beobachtet, dass derartige Psychosen auch zu späteren Zeiten mit erhöhten Stressbedingungen auftreten. Darunter zählen vorrangig Zeiträume mit extremen Schlafmangel oder abruptes Abstillen (vgl. Nispel 2001, S. 54).

Eine Wochenbettpsychose kann sich in verschiedene Ausformungen entwickeln. Dabei ist es möglich, dass sie sich in depressive, manische oder schizophrene Richtung entfaltet. Die genauere Bedeutung von *depressiv* habe ich be-

reits unter Punkt zwei erläutert. An dieser Stelle lege ich dar, was man unter *manisch* und *schizophren* allgemein versteht und benutze dazu die *internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10*:

- 1) Unter ICD-10 F30.1 wird Manie ohne psychotische Symptome so beschrieben: „Die Stimmung ist situationsinadäquat gehoben und kann zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung schwanken. Die gehobene Stimmung ist mit vermehrtem Antrieb verbunden, dies führt zu Überaktivität, Rededrang und vermindertem Schlafbedürfnis. Die Aufmerksamkeit kann nicht mehr aufrechterhalten werden, es kommt zu starker Ablenkbarkeit. Die Selbsteinschätzung ist mit Größenideen oder übertriebenem Optimismus häufig weit überhöht. Der Verlust normaler sozialer Hemmungen kann zu einem leichtsinnigen, rücksichtslosen oder in Bezug auf die Umstände unpassenden und persönlichkeitsfremden Verhalten führen“ (ICD-10 2010, S. 180).
- 2) Weiterhin wird unter ICD-10 F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen so beschrieben: „Zusätzlich zu dem unter F30.1 beschriebenen klinischen Bild treten Wahn (zumeist Größenwahn) oder Halluzinationen (zumeist Stimmen, die unmittelbar zum Betroffenen sprechen) auf. Die Erregung, die ausgeprägte körperliche Aktivität und die Ideenflucht können so extrem sein, dass der Betroffene für eine normale Kommunikation unzugänglich wird“ (ICD-10 2010, S. 180).
- 3) Unter ICD-10 F20.- wird Schizophrenie so beschrieben: „Die schizophrenen Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. [...] Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedanken-eingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome“ (ICD-10 2010, S. 174).

Bei der manischen postpartalen Psychose entwickelt sich meist bei der betroffenen Frau eine enorme Antriebssteigerung in Verbindung mit motorischer

Unruhe und im schlimmsten Fall kommt es zu Größenwahn. Die Betroffene fühlt sich nicht müde und benötigt selbst nachts wenig Schlaf wobei sie sich viele Aktivitäten gleichzeitig sucht, in deren Durchführung jedoch sehr sprunghaft zu sein scheint und sich ein Durcheinander entwickelt (vgl. Nispel 2001, S. 54).

Charakteristisch für eine depressive postpartale Psychose sind vor allem Teilnahmslosigkeit, Antriebslosigkeit, Bewegungslosigkeit sowie Angstzustände. Die Betroffene ist durchaus in der Lage Ihre Umwelt wahr zu nehmen, zeigt jedoch kaum Reaktionen auf Ansprache durch diese. Es wird beschrieben, dass man diesen Zustand vor allem durch das äußere Erscheinungsbild erkennt, wobei das Gesicht ausdruckslos wie eine Maske scheint (vgl. Nispel 2001, S. 55).

Im Rahmen der schizophrenen postpartalen Psychose besteht die Möglichkeit, dass die Frau sich ihre eigene Phantasiewelt aufbaut, da Halluzinationen, extreme Antriebsarmut sowie Wahnvorstellungen das Krankheitsbild typisieren. Dies äußert sich dahingehend, dass sie Menschen oder Tiere sieht und Stimmen hört, welche nicht existieren. Weiterhin besteht die Möglichkeit, dass die Wahnvorstellungen religiöser Natur sind. Dabei kann eine Mutter beispielsweise glauben, ihr Baby sei Jesus oder ein Dämon, der ihr schaden möchte. Durch das Zusammenspiel der genannten Argumente, stellt eine postpartale Psychose eine Gefahr für Mutter und Kind dar. Betroffene Frauen handeln nach ihrer Gedankenwelt, weil sie diese für wahr halten. Sie können zwischen Realität und Phantasie nicht mehr unterscheiden und darüber hinaus kann sich eine wahnhaftige Sorge um das Wohl des Babys entwickeln (vgl. Nispel 2001, S. 55).

Zusammenfassend wird erwähnt, dass zumeist Mischbilder der Erkrankung auftreten und die Form der schizo-manischen postpartalen Psychose am häufigsten sei (vgl. Nispel 2001, S. 56).

3 Entstehung der Mütterlichkeit – Geburt als lebensveränderndes Ereignis

Um die Entstehung einer postpartalen Depression besser verstehen und nachvollziehen zu können, möchte ich unter Punkt drei - *Entstehung der Mütterlichkeit – Geburt als lebensveränderndes Ereignis* – den Prozess des Überganges einer Frau zur Mutter näher betrachten. Hierzu erläutere ich das drei-Phasen-Modell von Daniel N. Stern, seinerseits Entwicklungspsychologe und Psychoanalytiker.

3.1 Drei-Phasen-Modell des Mutterwerdens

3.1.1 Phase 1 – Vorbereitungsphase

Bereits in der Kindheit machen sich junge Mädchen ein Bild davon, wie sie einst als Mutter sein werden. Im Verlauf der Reifezeit werden die Vorstellungen präziser und ihnen kommt eine neue Bedeutung zu, wenn sich die dann junge Frau verliebt und einen Partner findet. Der Prozess der Vorbereitung auf die Mutterrolle beginnt jedoch erst so richtig mit der Schwangerschaft. Selbst die Geburt in Verbindung mit den daraus resultierenden Erfahrungen stellt einen wichtigen Teil der Vorbereitungsphase dar. Hierbei ist Stern der Meinung, dass eine Mutter unter der Geburt zwar physisch zur Mutter wird jedoch noch nicht psychisch. Es wird verdeutlicht, dass das psychische Mutterwerden einen langen Prozess darstellt. Während der Schwangerschaft bereiten Frauen sozusagen ihr Dasein als Mutter vor, indem sie Überlegungen über die Zeit nach der Geburt anstellen (vgl. Lohse 2008, S. 29). „In den neun Monaten der Schwangerschaft sind die Gedanken einer Frau beherrscht von Träumen, Hoffnungen, Befürchtungen und Vorstellungen, wer und wie ihr Baby sein wird, was für eine Mutter sie selbst und was für ein Vater ihr Partner sein wird, wie sich die Selbstwahrnehmung und die Einschätzung des Lebens ändert, was aus der Ehe, der Karriere, den Beziehungen zur Familie und Freunden wird. Insbesondere aber, wie die Geburt verlaufen und ob das Baby gesund geboren wird“ (Lohse 2008, S. 29). Dabei haben sich die meisten Mütter bis circa zum siebten Schwangerschaftsmonat ein klares Bild von ihrem Ungeborenen gemacht, welches dann im weiteren

Verlauf der Schwangerschaft wieder verblasst. Das Verblassen der Vorstellungen erfüllt einen besonderen Zweck, denn die Frau und das ungeborene Kind werden somit vor einen möglicherweise ausgeprägten Unterschied zwischen der Wirklichkeit und den Erwartungen geschützt. Den finalen Schritt der Mutterchaftsvorbereitung stellt die Geburt dar, welche unkompliziert oder traumatisch, auf jeden Fall aber unvergesslich, ablaufen kann. Eine emotionale Bindung zwischen dem ungeborenen Kind und der Mutter ist jedoch im Augenblick der Entbindung noch nicht vorhanden. Das Neugeborene ist der Mutter noch fremd, obwohl sie sich zu ihm hingezogen fühlt. Eine Mutterschaft tritt erst mit der Versorgung des Kindes ein, da mit dieser der erste Kontakt zum Kind hergestellt wird. Demzufolge wird erkennbar, wie überaus bedeutungsvoll der erste Körperkontakt und die Interaktion zwischen dem Kind und seiner Mutter ist. Die Laute die ein Baby von sich gibt, wirken wie ein Signal auf die Mutter und verdeutlichen ihr die Realität des neugeborenen Wesens. Weitere Schlüsselerlebnisse des Prozesses der Mutterschaft sind das Stillen und die Aufnahme des Blickkontaktes zum Kind. Darüber hinaus kommt auch den Wunschvorstellungen der Mutter die sie schon während der Schwangerschaft hat eine Bedeutung zu. Diese schreiben nämlich ihr und dem Partner eine bestimmte Identität oder Rolle zu, welche für die Zukunft eine Richtung vorgeben oder sich sogar erfüllt (vgl. Lohse 2008, S. 30).

3.1.2 Phase 2 - Festigungsphase

Zu dieser Phase zählt die Zeit der ersten Monate nachdem das Baby geboren wurde. Durch das Füttern, pflegen und betreuen des Kindes wächst das mütterliche Fühlen und Denken zu einer definierten Form. Weiterhin baut die Mutter eine intensive Beziehung mit ihrem Kind auf (vgl. Lohse 2008, S. 30). „Einwirkend auf die Beziehungsbildung zum eigenen Kind sind frühere Beziehungsformen und der Umgang mit Nähe und Distanz“ (Lohse 2008, S. 30).

Viele junge Mütter ergreift ein Unbehagen hinsichtlich der neuen Verantwortung, und das obwohl die Natur den Menschen mit angeborenen Fähigkeiten und Instinkten ausgestattet hat um ein Neugeborenes zu versorgen. Aus diesem Grund entwickelt sich meist ein Bedürfnis nach Ermutigung und Anerken-

nung durch andere Mütter. „Das [...] Bedürfnis nach psychologischer Unterstützung entsteht bereits unmittelbar nach der Geburt des Kindes. Junge Mütter brauchen in ihrer Lehrzeit ein Rollenmodell oder Vorbild, welches all das Neue schon einmal erlebt hat. Aus diesem Grunde beobachten sich Mütter in ihrem Tun gegenseitig und tauschen viele Informationen aus, um Tipps zu erhalten oder abgeben zu können“ (Lohse 2008, S. 31). Durch diesen Drang sich mit anderen Frauen auszutauschen wird im optimalen Falle eine Isolation der Mutter verringert. Um nun das eigene Mutterbild besser definieren zu können, wird zusätzlich „die Beziehung zur eigenen Mutter hinterfragt“, welche auch oftmals die Hauptbezugsperson darstellt (Lohse 2008, S. 30).

Weiterhin entwickeln junge Mütter Befürchtungen, dass ihr Baby aufgrund eigener Unachtsamkeit sterben könnte und zweifeln an den persönlichen mütterlichen Fähigkeiten. Diese Ängste sind einerseits normal und sogar notwendig, denn sie bewirken eine erhöhte Aufmerksamkeit sowie Wachsamkeit in Bezug auf Gefahren. Andererseits bewirken sie in Bezug auf die Mutter einen immensen psychologischen Stress, der in Verbindung mit großem Verantwortungsdruck, Selbstzweifel und dauernder Sorge zu einer Erschöpfung führen kann. Diese gesundheitliche Bedrohung der Mutter kann nur im Laufe der Zeit gelindert werden, denn in den Müttern entsteht erst dann eine Gewissheit über die eigenen mütterlichen Fähigkeiten, wenn sie bewusst das problemlose Gedeihen des Babys beobachten können (vgl. Lohse 2008, S. 31).

Stern ist der Meinung, dass junge Mütter emotional am meisten mittels ihrer eigenen Mutter beeinflusst werden, was eine intergenerationale Übermittlung von Mütterlichkeit zur Folge hätte. Dabei werden jedoch nicht die Muster von Mutterschaft blind übernommen, sondern sie individualisieren sich durch objektives Verständnis und Selbstreflexion. Diese Prozesse fordern allerdings Zeit und Bereitschaft zur Reflexion über die Beziehung zur eigenen Mutter, egal wie intensiv diese sich gestaltet (vgl. Lohse 2008, S. 31 f).

3.1.3 Phase 3 – Anpassungsphase

Die wichtigste Aufgabe in der Anpassungsphase besteht darin, die erworbene Identität als Mutter mit dem bestehenden Leben zu integrieren. Eine Frau hat jetzt nicht nur die Rolle der Mutter dazu erworben sondern muss diese mit ihren übrigen Rollen, wie der als berufstätige Frau, als Tochter, als Hausfrau oder als Partnerin, in ein Gleichgewicht bringen. Dabei kann zwischen der Rolle als Mutter und der Rolle der berufstätigen Frau ein Konflikt entstehen, da die berufliche Aufgabe gegenüber der mütterlichen Verantwortung in Konkurrenz steht und Kompromisse somit unumgänglich sind (vgl. Lohse 2008, S. 32).

„Nach Stern haben besonders Frauen Schwierigkeiten an die Anpassung der Mutterschaft, wenn das Baby vorzeitig geboren wird oder besondere Bedürfnisse hat“ (Lohse 2008, S. 32). Hiermit ist mit den *besonderen Bedürfnissen* vordergründig eine Entwicklungsverzögerung oder Behinderung des Kindes gemeint. Dabei haben vor allem Mütter von Kindern mit besonderen Bedürfnissen eine extreme psychologische Arbeit zu leisten, da eine Anpassung an die Mutterschaft bedingt durch die Gesundheit des Kindes erschwert verläuft. Weiterhin wird der Prozess auch dadurch belastet, dass die betroffenen Eltern die Freiheit verlieren, sich die gemeinsame Zukunft als Familie vorzustellen, da diese durch die gesundheitlichen Begebenheiten des Kindes weniger vorhersagbar wird. Zusätzlich wirkt als emotionale Belastung die Zerstörung der vergangen Phantasien in der Schwangerschaft (vgl. Lohse 2008, S. 32).

„Stern ist der Ansicht, dass gerade Mütter mit einem behinderten Kind oder vorzeitig geborenem Kind in den Wochen und Monaten nach der Geburt ein Trauma erleben und daher professionelle Begleitung benötigen und durch diese lernen, sich weiterzuentwickeln und ihr Baby in einer Art und Weise zu lieben, die sie sich am Anfang der Situation nicht hätten vorstellen können“ (Lohse 2008, S. 32).

3.2 Krisenkonzept des Übergangs zur Elternschaft

Sowohl soziologische als auch psychologische Literatur betrachtet eine Geburt als familienzyklisch kritischen Übergang. Dieser Übergang sei eine Herausforderung an die Bewältigungs- sowie Anpassungspotentiale junger Eltern. Das

Lebensereignis der Geburt kann daher als kritisch angesehen und erlebt werden, weil sich in erster Hinsicht eine Partnerschaft zur einer Triade erweitert. Die neue Familienkonstellation kann nun weitreichende Auswirkungen wie beispielsweise die auf die Neuverteilung von Aufgaben, Zeiteinteilung oder veränderte Interaktion mit sich bringen. Zusätzlich treten auch Umgestaltungen im täglichen Leben durch das Neugeborene auf, die sich als stark belastend entwickeln können wie Schlafmangel, Verringerung der gemeinsamen Zeit mit dem Partner oder Bindung ans Haus. Wenn junge Elternpaare dann noch die eigene Erziehungskompetenz in Frage stellen, kann die neue Situation der Elternschaft als krisenhaft erlebt werden (vgl. Sauer 1997, S. 46 f).

Dabei „handelt es sich bei einer Krise um eine vorübergehende Destabilisierung der gesamten Persönlichkeit und ihrer Person-Umwelt-Beziehungen, wenn die Identität neu gefunden werden muß. Es handelt sich um eine Unterbrechung der Kontinuität des Erlebens und Handelns mit partieller Desintegration der Handlungsorganisation und einer Destabilisierung im emotionalen Bereich, vor allem mit negativer Grundstimmung und Selbstwertzweifeln“ (Sauer 1997, S. 47). In der frühen psychiatrischen Stressforschung und Familiensoziologie wurde die Übergangsphase zur Elternschaft oftmals als Krise bezeichnet, weil die psychosozialen und biologischen Veränderungen rund um eine Geburt von den Betroffenen angeglichene Bewältigungsstrategien erfordern (vgl. Sauer 1997, S. 47).

3.2.1 Bewältigung der Krise

Bei der Bewältigung einer Krise wird dem Individuum eine Gelegenheit geboten, die Prinzipien des bisherigen Lebens zu hinterfragen und mit den neuen Aufgaben zu wachsen. Eine Krise birgt neue Erfahrungen und damit die Gelegenheit sich weiterzuentwickeln und neue Verhaltensweisen zu erarbeiten (vgl. Sauer 1997, S.47). „Bisherige Sichtweisen über die Umwelt und die eigene Person müssen aufgegeben oder geändert und neue Sichtweisen erarbeitet werden“ (Sauer 1997, S. 47). Unter diesen Begebenheiten trägt eine Krise zur Entfaltung von Integrität, persönlicher Reife und Persönlichkeit bei (vgl. Sauer 1997, S. 47).

„Auch die Krise nach der Geburt eines Kindes impliziert die Möglichkeit, zu größerer persönlicher Reife zu gelangen, und die meisten Mütter bewältigen die Krise positiv, im ungünstigsten Fall – wenn die Lösung der Krise nicht erreicht wird oder unangemessen ist – kommt es zur Entwicklung psychischer Störungen“ (Sauer 1997, S. 47 f). Dabei kann sich aus einer Krisensituation nach der Niederkunft in Verbindung mit mangelnder Bewältigung dieser, eine postpartale Depression entwickeln. Für eine Veränderung des Krisenerlebens sind Bewältigungsstrategien sowie adäquate Rahmenbedingungen von großer Wichtigkeit. Darüber hinaus kommt der Unterstützung der Mutter oder des jungen Elternpaares durch das soziale Umfeld sowie der Persönlichkeitsstruktur der jungen Mutter eine große Bedeutung zu. Ebenso bedeutend für die Bewältigung einer Krise ist die Zufriedenheit mit der eigenen Familie und mit der Partnerschaft (vgl. Sauer 1997, S. 47). „Je besser die Copingstrategien der gesamten Familie sind und je größer die emotionale und praktische Unterstützung durch den [Partner] ist, um so leichter fällt der Frau die Anpassung an die neue Situation und desto weniger psychische Störungen zeigt sie nach der Geburt ihres Kindes [...]“ (Sauer 1997, S. 47). Eine weitere wichtige Rolle für die Bewältigung spielen die Ressourcen der jeweiligen Familie. Verfügt diese über wesentliche Ressourcen wie beispielsweise Konfliktlösungskompetenz, klare Rollenbeziehungen oder eine positive Kommunikation wirkt sich das günstiger auf eine Elternschaft aus (vgl. Sauer 1997, S. 48).

Zur Art der Bewältigung einer Krise tragen auch Eigenschaften der Mutter, wie Kompetenzüberzeugung, Selbstwahrnehmung und Selbstvertrauen wesentlich bei. Mangelt es einer jungen Mutter an Selbstvertrauen und Kompetenz in Hinsicht auf die Situation mit einem Baby, oder ist sie auch nur im Glauben, keine Kompetenz zu besitzen, wird sie mit hoher Wahrscheinlichkeit mit Hilflosigkeit, Angst oder Depressionen darauf reagieren. Frauen die jedoch daran glauben genügend Fähigkeiten zu besitzen um die nachgeburtliche Zeit erfolgreich zu bewältigen, sind nur sehr gering hinsichtlich der Anfälligkeit für psychische Störungen gefährdet. Dem ist hinzuzufügen, dass es bei einem ersten Kind schneller zu psychischen Problemen der Mutter kommen kann, da die Bewältigungskompetenz zwangsläufig am niedrigsten ist bedingt durch die Neuheit der Situation (vgl. Sauer 1997, S. 48 f).

Betrachtet man den Familienzuwachs aus familientheoretischer und soziologischer Sicht, kann das Hinzukommen eines Neugeborenen angstausslösend wirken, da das familiäre Gleichgewicht verändert wird. Das bisherige Familiensystem wird dadurch verändert und eventuell neu strukturiert, was zu einem Wandel der gewohnten Abhängigkeits- und Machtverhältnisse führen kann. Bedingt durch die Umstrukturierung der Familie kommt es im beruflichen und familiären Bereich zu Rollenwechsel. Dies geschieht auch bei einem weiteren Kind. Bisherige Rollen werden gelöst und zu neuen Rollen definiert (vgl. Sauer 1997, S. 49).

„Dadurch verändern sich die sozialen Erwartungen von Frau und Mann, und es kommt zu einem Verlust wie zu einem Gewinn an Funktionen [...]“ (Sauer 1997, S. 49).

4 Risikofaktoren

Unter dem Punkt *Risikofaktoren* möchte ich Umstände aufzeigen, die das Entstehen einer postpartalen Depression begünstigen. Dazu gehört auch, dass ich unter 4.2 die verschiedensten Ursachenmöglichkeiten betrachte.

4.1 Risikofaktoren nach Hartmann

„Das Risiko für eine Wochenbettdepression steigt, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: ungeplante Schwangerschaft, Schwangerschaftsängste/ -depressionen, gestörte Paarbeziehung [...], gestörte Sozialbeziehungen, ungünstige Wohnverhältnisse (z.B. bei niedrigem sozioökonomischem Status), fehlende Passung Mutter-Kind, "schwieriger" Säugling, life events, Ambivalenz gegenüber Schwangerschaft, Geburtsstress (dadurch bedingt Kontrollverlust, Gefühl der Wirkmächtigkeit reduziert), vormals Depression, familiäre Belastung mit Depression, Probleme in der frühen Kindheit der Mutter“ (Hartmann 2011, In: Kißgen, R./ Heinen, N. (Hrsg.): Familiäre Belastungen in früher Kindheit. Früherkennung, Verlauf, Begleitung, Interventionen, S. 68).

Nach Hartmann existieren vier Faktoren die eine postpartale Depression entstehen lassen können. Dabei stellen Faktor eins und drei die stärksten Auslöser dar:

1. „Vorher bestehende Psychopathologie (z.B. depressive Stimmung oder Ängste in der Schwangerschaft, deren Ursache jedoch häufig mit psychopathologischen Auffälligkeiten aufgrund lebensgeschichtlich einschneidender Ereignisse wie Missbrauchserfahrungen, Verlust wichtiger Bezugspersonen usw. zusammenhängt)
2. Stressereignisse in den letzten zwölf Monaten (hierzu kann auch eine traumatische Geburtserfahrung gehören)
3. Gegenwärtige Partnerbeziehung
4. Vulnerabilität der Persönlichkeit (bedingt durch psychopathologisch bisher noch nicht in Erscheinung getretene, gleichwohl die Vulnerabilität erhöhende Auswirkungen lebensgeschichtlicher Erfahrungen)“ (Hartmann 2011, In: Kißgen, R./ Heinen, N. (Hrsg.): Familiäre Belastungen in früher Kindheit. Früherkennung, Verlauf, Begleitung, Interventionen, S. 68 f).

4.2 Das Ursachenpuzzle

Aus der Fachliteratur gehen verschiedene Ursachen für die Entstehung einer postpartalen Depression hervor. Damit es letztendlich zum Ausbruch der Krankheit kommt, können mehrere Faktoren oder nur ein intensiver Faktor verantwortlich sein. Um die Entwicklung dieser Krankheit noch besser verstehen zu können, betrachte ich die biologischen Ursachen sowie die Ursachen rund um das Ereignis der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Dabei grenzen sich die biologischen Ursachen nicht von Ursachen anderer Art ab, sondern es besteht die Möglichkeit, dass sie im Falle einer Erkrankung fließend ineinander übergehen (vgl. Nispel 2001, S. 78).

4.2.1 Biologische Ursachen

Zu den biologischen Ursachen für die Entstehung einer postpartalen Depression zählen für mich vor allem die Hormonveränderung sowie die Veränderung des Körpers der Frau, da diese beiden Faktoren vordergründig in der Fachliteratur zu finden sind.

Eine Frau erlebt nach der Entbindung innerhalb kürzester Zeit eine erhebliche körperliche Umstellung. Dazu gehören zum einen die sichtbaren Veränderungen wie beispielsweise der zusammengefallene Bauch, in dem kurze Zeit vorher das Baby lebte und diesen ausfüllte, sowie die Veränderung des Brustvolumens, welches durch das Stillen und den Hormonanstieg des Prolaktin verursacht wird. Letzteres kann vor allem mit eintreten des Milcheinschusses schmerzhaft für eine junge Mutter werden. Dies bedeutet dann für die Frau, dass zu der Erschöpfung und den Schmerzen durch die Entbindung, auch noch zusätzliche Beschwerden eintreten können wie beispielsweise eine schmerzende Dammschmerz, Rückenschmerzen oder Beckenbodenschwäche. In Folge der Geburt kann es auch zu Blutverlust und bedingt dadurch zu Blutarmut kommen, welche eine zusätzliche Energielosigkeit hervorrufen kann. Weiterhin kann es, bedingt durch eine fehlerhafte Ernährung, zu Kaliummangel oder Vitamin-B-Mangel kommen, was ebenfalls Erschöpfung, Reizbarkeit, Müdigkeit und depressive Verstimmtheit auslösen kann (vgl. Nispel 2001, S. 62 f).

Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass mit der Entbindung ein abrupter Abfall der Hormone Östrogen und Progesteron eintritt und dem gegenüber ein stetiger Anstieg des Prolaktinspiegels, welcher für die Milchbildung zuständig ist, stattfindet. Diese Veränderungen verlangen dem Körper der Frau eine enorme Umstellung ab, die psychische Reaktionen wie Traurigkeit oder Reizbarkeit hervorrufen. Dabei wird vor allem dem Progesteron eine übergeordnete Position zugeschrieben, da dies auf den Körper der Frau eine beruhigende Wirkung hat und für Gelassenheit sorgt. Sinkt dieses nun nach der Entbindung abrupt ab, fehlt so zu sagen das natürliche Beruhigungsmittel der jungen Mutter und die psychische Gesundheit kann beeinträchtigt werden. Diese Umstellung nach der Niederkunft sind unter anderem für das Auftreten des postpartalen Stimmungstiefes, wie unter 2.1 beschrieben, verantwortlich (vgl. Nispel 2001, S. 64 ff).

„Viele Frauen fühlen sich in den letzten Schwangerschaftsmonaten besonders wohl, was vorwiegend auf die reichliche plazentare Progesteronproduktion zurückgeführt wird. Gerade bei diesen Frauen ist jedoch der Unterschied zwischen den Progesteron-Werten der letzten Monate der Schwangerschaft und denen des Frühwochenbetts am größten, was es [...] wahrscheinlich macht, daß sich bei ihnen eine postpartale Depression entwickelt“ (Sauer 1997, S. 109).

Doch nicht nur in direktem Zusammenhang mit der Hormonveränderung nach einer Geburt können sich postpartale psychische Erkrankungen entwickeln, sondern auch zu späteren Zeitpunkten die in Verbindung mit hormonellen Veränderungen stehen. Dazu zählt der Zeitraum des Abstillens, besonders ein abruptes Abstillen stellt für die psychische Gesundheit eine Gefahr dar, da sich auch hier wieder abrupt die Hormone umstellen. Weiterhin kann das Wiedereinsetzen der Menstruation oder die Wiedereinnahme der Antibabypille eine kritische Zeit darstellen (vgl. Nispel 2001, S. 66).

Bezüglich der biologischen Ursachen ist noch zu erwähnen, dass Forschungsergebnisse keinen kausalen Zusammenhang zwischen einem Hormonabfall nach der Entbindung und der Entstehung einer postpartalen psychischen Erkrankung liefern. Es ist also davon auszugehen, dass der Ausbruch der Krankheit nicht ausschließlich auf hormonelle Veränderungen zurückzuführen ist, sondern auch psychosoziale Faktoren einwirken (vgl. Sauer 1997, S. 114).

4.2.2 Ursachen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Bereits zu Beginn einer Schwangerschaft wünscht sich eine Vielzahl von Frauen, dass diese glücklich und komplikationslos verläuft und wird im Verlauf dieser eventuell enttäuscht, wenn körperliche Einschränkungen wie Übelkeit, Müdigkeit, Kopfschmerzen oder Stimmungsschwankungen eintreten. Unter Umständen kann es bereits während der Schwangerschaft zu depressiven Erkrankungen kommen, die sich nach der Niederkunft möglicherweise fortsetzt und in eine postpartale Depression übergeht. In besonders schwieriger Situation befinden sich Frauen, die vor ihrer beendeten Schwangerschaft schon einmal eine Abtreibung oder eine Fehlgeburt erlitten haben. Diese Umstände können sich nachhaltig negativ auf das Selbstbild der Betroffenen auswirken und Selbstzweifel oder im schlimmsten Falle Schuldgefühle bezüglich der Vergangenheit hervorrufen. Weiterhin kann es als starke Belastung empfunden werden, wenn man sich aufgrund einer Blutung mehrere Wochen ausgeprägt schonen muss und daher wenig am Leben teilhaben kann. Darüber hinaus kann eine Schwangerschaft auf verschiedene Weisen kompliziert verlaufen und

damit die vorher existierenden Vorstellungen verdrängen und Enttäuschung bei der Frau hervorrufen (vgl. Nispel 2001, S. 78 f).

Auch das Erlebnis einer Geburt birgt Risiken für die Entwicklung einer Postpartalen Depressionen, da diese in den unterschiedlichsten Facetten verlaufen kann. Trotz der Vorbereitung durch einen Geburtsvorbereitungskurs, wissen viele Frauen nicht genau was auf sie zukommt und entwickeln Ängste oder Erwartungen die möglicherweise nicht erfüllt werden (vgl. Nispel 2001, S. 79). Es besteht die Gefahr, dass das Erlebnis Geburt von Ärzten oder Hebammen verharmlost wird um die Schwangere zu beruhigen oder nicht zu beängstigen. Dies birgt jedoch das Risiko, dass Frauen nach einer traumatisch erlebten Geburt das Gefühl haben, sie hätten persönlich versagt (vgl. Nispel 2001, S. 82).

„Eine besondere Gefährdung für die Entstehung postpartaler Depressionen ergibt sich bei Kaiserschnittgeburten. Kaiserschnittgeburten werden von vielen Frauen als Versagen und als Verlust erlebt. Sie sind enttäuscht, um das Geburtserlebnis gebracht worden zu sein [...]“ (Sauer 1997, S. 130). Hinzukommt, dass einer Frau das Gefühl über die eigene Leistung genommen wird und nur eine geringe Kontaktaufnahme zum Kind ermöglicht wird, da dies oftmals die Klinikabläufe stört. Es kann bei Betroffenen das Gefühl entstehen, dass sie die Kontrolle über die Situation verloren haben und nur passiver Teilnehmer sind. Dies kommt einer Entmachtung gleich (vgl. Sauer 1997, S.131).

Doch auch bei komplikationslosen Geburten die in technischer Atmosphäre stattfinden, besteht die Möglichkeit, dass sich Frauen hilflos und unwichtig fühlen. Die Technisierung der Entbindung bedeutet für Frauen einen Kontrollverlust und kann ebenfalls Versagensängste auslösen und zu depressiven Verstimmungen führen (vgl. Sauer 1997, S. 130).

Ergänzend birgt auch der Zeitraum des Wochenbettes Risiken zur Erkrankung an einer postpartalen psychischen Erkrankung. Vordergründig ist hier der Schlafmangel einer jungen Mutter zu nennen. Hauptsächlich zu Beginn wachen die meisten Neugeborenen mehrmals in der Nacht auf und wollen gestillt, gefüttert oder gewickelt werden. Dies kann sich auch über mehrere Wochen oder Monate hinwegziehen und bedeutet für die Mutter, dass sie beständig aus dem Schlaf gerissen wird, den sie eigentlich so dringend für ihre Erholung benötigt. Vor allem das Unterbrechen von Tiefschlafphasen kann gesundheitsschädlich

sein, da dadurch wichtige Stoffwechselprozesse beeinträchtigt werden (vgl. Nispel 2001, S.77).

Bei stillenden Müttern kommt zusätzlich die Gefahr von Stillproblemen hinzu. Diese können sehr vielseitig sein vom Milchstau bis hin zur Brustentzündung und können neben Schmerzen auch Versagensgefühle bei der stillenden Mutter auslösen. Dabei besteht die Gefahr, dass die Frau an ihrer eigenen mütterlichen Kompetenz zweifelt und sich selbst unter Druck setzt (vgl. Nispel 2001, S. 85).

5 Prävention

Abschließend füge ich noch hinzu, dass es von Vorteil wäre, wenn Frauen noch in der Schwangerschaft präventiv auf das Phänomen der Postpartalen Depression hingewiesen werden. Das Wissen um den eigenen Gemütszustand postpartal kann sich schon erstaunlich entlastend auf die betreffende Frau auswirken (vgl. Riecher-Rössler in Demal, Ulrike/ Katschnig, Heinz/ Klier, Claudia M. (Hrsg.) 2001, S. 25).

Die prophylaktische Aufklärung in der Schwangerschaft ist vor allem dann von hoher Bedeutung, wenn die Betroffene schon einmal von einer psychischen Erkrankung betroffen war, da dann das Risiko einer Wiedererkrankung besonders hoch ist. Dabei erfolgt die Umsetzung der Prävention, durch eine engmaschige Beobachtung und Begleitung schon während der Schwangerschaft sowie nach der Entbindung. Im Falle der Anzeichen einer Erkrankung kann somit eine frühzeitige Behandlung eingeleitet werden, was gerade bei schon einmal erkrankten Frauen von Vorteil in Hinsicht auf eine erneute Postpartale Depression ist (vgl. Riecher-Rössler in Demal, Ulrike/ Katschnig, Heinz/ Klier, Claudia M. (Hrsg.) 2001, S. 28).

5.1 Prävention mit Hilfe der Hebamme

Weiterhin ist es wichtig, dass Personen auf die Thematik der Postpartalen Depression sensibilisiert werden, die aus beruflicher Perspektive mit jungen Müttern arbeiten, wie beispielsweise die Berufsgruppe der Hebammen und Geburtshelfer. Hebammen übernehmen unter anderem die postpartale Betreuung

im Wochenbett, den Zeitraum von acht Wochen nach einer Entbindung, von Müttern und deren Neugeborenen und haben somit die Möglichkeit, frühe Anzeichen einer Postpartalen Depression zu erkennen und durch Aufklärung präventiv zu intervenieren (vgl. Großbichler in Demal, Ulrike/ Katschnig, Heinz/ Klier, Claudia M. (Hrsg.) 2001, S. 79).

Die Präventionsarbeit kann dabei von unterschiedlicher Form sein. Vor allem aber bietet es sich an, diese in Geburtsvorbereitungskurse mit einzubinden, um eine große Anzahl von Frauen zu erreichen. Aber auch individuell gestaltete Geburtsvorbereitung, die eventuell einzeln und in häuslicher Umgebung stattfinden könnte, würde sich aus meiner Sicht anbieten. Allem voran wäre es von Bedeutung, dass Hebammen für dieses umfangreiche Aufgabengebiet ausführlich geschult werden um adäquate Arbeit leisten zu können (vgl. Großbichler in Demal, Ulrike/ Katschnig, Heinz/ Klier, Claudia M. (Hrsg.) 2001, S. 79).

Doch nicht nur eine immerwährende Betreuung durch eine Hebamme im Zeitraum der Schwangerschaft und des Wochenbetts kann eine Entwicklung einer postpartalen Depression möglicherweise reduzieren, sondern auch eine reelle Vorbereitung auf die zukünftige Elternschaft ist von hoher Wichtigkeit. Zu letzterem möchte ich nochmal ausführlich in meinem Fazit drauf eingehen (vgl. Großbichler in Demal, Ulrike/ Katschnig, Heinz/ Klier, Claudia M. (Hrsg.) 2001, S. 79).

5.1.1 Die Familienhebamme

Im Rahmen der Recherche meiner Bachelorarbeit bin ich auf die Berufsgruppe der Familienhebammen getroffen.

„Familienhebammen sind staatliche examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation, deren Tätigkeit die Gesunderhaltung von Mutter und Kind fördert. Dabei liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf der psychosozialen, medizinischen Beratung und Betreuung von vulnerablen Schwangere, Mütter mit Kleinkindern durch aufsuchende Tätigkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Berufsgruppen“ (Jaque-Rodney).

Die Funktionsweise der Familienhebammen ist eingebunden in das Netzwerk der *frühen Hilfen*. Man kann diese als Vermittler zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen betrachten (vgl. Jaque-Rodney).

Die Arbeit umfasst die Begleitung von jungen Eltern deren Lebenssituation durch belastende Faktoren geprägt ist. Hierbei richtet sich der Betreuungszeitraum nach den Bedürfnissen der Eltern und kann bis zum ersten Geburtstag des Kindes andauern. Die Familienhebamme übernimmt die Aufklärung über weiterführende Hilfeangebote und unterstützt die Vermittlung dahingehend. Sie arbeitet eng mit den beteiligten des Netzwerkes zusammen und muss umfangreiche Kenntnisse über deren Leistungsspektrum besitzen. (vgl. Jaque-Rodney).

Für mich stellt die Familienhebamme als Intervention eine besondere Art der Prävention für postpartale psychische Erkrankungen dar, weil diese Familien in schwerwiegenden Lebenssituationen begleitet, aufklärt und entlastet und somit einen Teil zur psychischen und physischen Gesundheit aller Familienangehöriger beiträgt. Doch der Einsatz erfolgt nach Jaque-Rodney vorzugsweise auch dann, wenn bereits psychische Erkrankungen aufgetreten sind um eine frühzeitige Behandlung und Unterstützung der betroffenen Frau einzuleiten.

5.2 Die Edinburgh Postnatale Depressionsskala

Bei der Edinburgh Postnatalen Depressionsskala handelt es sich um ein einfach gehaltenes Screening-Instrument in Form eines Fragebogens, mit dessen Hilfe es ermöglicht wird, die Postpartale Depression zu verifizieren. Die Depressionsskala liegt in circa 20 Sprachen vor und hat sich somit international durchgesetzt (vgl. Großbichler in Demal, Ulrike/ Katschnig, Heinz/ Klier, Claudia M. (Hrsg.) 2001, S. 80). „Da diese Selbstbeurteilungsskala auch für Schwangerschaftsdepressionen validiert wurde, kann sie auch während der Schwangerschaft Auskunft über eine mögliche Depression geben [und kann somit aus meiner Sicht schon präventiv im Umgang mit postpartaler Depression eingesetzt werden]“ (Großbichler in Demal, Ulrike/ Katschnig, Heinz/ Klier, Claudia M. (Hrsg.) 2001, S. 79).

In der Anwendung füllt die betroffene Frau den Fragebogen aus. Dabei ist jeder Antwort eine Punktzahl zugeordnet. In der Auswertung zieht man nun die Punkte der Antworten zusammen. Bereits bei einer Gesamtpunktzahl von zwölf liegt der Verdacht nahe, dass die Frau an einer postpartalen Depression leidet und ihr wird empfohlen sich Rat zu suchen (vgl. Schatten&Licht). Der Fragebogen befindet sich im Anhang.

6 Fazit/ Zukunftsaussicht

Nachdem die umfassende Thematik der postpartalen Depression inhaltlich von mir erarbeitet wurde, erstelle ich an dieser Stelle ein Fazit meiner Bachelorarbeit.

Durch die Erarbeitung meiner Abschlussarbeit ist mir bewusst geworden, dass die Gefahr einer postpartalen psychischen Erkrankung für junge Mütter sehr hoch ist und jede Übergangsphase zum Mutter-sein Veränderungen mit sich bringen mit denen äußerst sensibel umgegangen werden sollte. Aus meiner Sicht existiert ein multifaktorielles Entstehungsrisiko, da jede Entwicklungsphase von der Schwangerschaft bis zum Wochenbett und auch die Zeit danach ein Risiko zur Entwicklung einer postpartalen Depression birgt. Besonders die Konflikte mit dem Prozess des Mutter-werdens haben ein hohes Risikopotential, da Probleme in diesem Prozess sich schnell auf das Selbstbild einer jungen Mutter auswirken und Selbstzweifel auslösen können.

Aus meiner Ausarbeitung geht hervor, dass Ängste einer jungen Mutter bezüglich ihrer neuen Anforderungen der Natur entsprechen und bis zu einem gewissen Ausmaß normal sind. Beeinträchtigen diese Ängste die Mutter allerdings stark oder könnten diese für sie gesundheitlich schädlich werden (Schlafentzug weil man ständig sichergeht ob das Neugeborene noch atmet), so sollte man keine Scham davor besitzen professionelle Hilfe zu suchen. Auch wenn junge Eltern ihr neues Leben vorerst als krisenhaft empfinden, sollten diese stets ermutigt werden die neuen Anforderungen anzunehmen und Bewältigungsstrategien entwickeln oder Ressourcen finden, die ihnen bei der Bewältigung behilflich sind. Hierbei möchte ich erwähnen, dass ich es für sehr wichtig halte, vor allem der jungen Mutter Selbstvertrauen ins eigene Können zu vermitteln und sie zu bestärken. Dabei sollte schon in Krankenhäusern auf Wöchnerinnenstationen auf psychische Auffälligkeiten von jüngst entbundenen Müttern geachtet werden. Eine frühzeitige Erkennung und Konfrontation mit dem Thema kann eine schwere Form der postpartalen Depression verhindern. Aus meiner Sicht wäre es eventuell von Vorteil, wenn man hier interdisziplinär mit der klinischen Sozialarbeit zusammenarbeitet. Ein/e Kliniksozialarbeiter/in wäre aus meiner Sicht für die Mutter eine neutrale Person, die für sie auf den ersten Blick nichts mit der Geburt und ihrer Versorgung zu tun hat und somit auch wenig Scham

auslöst. Bei Verdacht auf eine psychische Erkrankung könnte die klinische Sozialarbeit motivierend intervenieren und noch vor der Heimkehr der Mutter gemeinsam mit ihr und/oder dem Partner nach Ressourcen suchen, die sie entlasten.

Meiner Meinung nach ist das Wochenbett ein besonders sensibler Zeitraum, da hier die Mutter noch körperlich geschwächt ist aber zugleich den neuen Anforderungen gerecht werden muss. Daher sollte man auf diese Zeit vorbereitend Aufklären und diese nicht beschönigen sondern ehrlich darüber informieren, was eine junge Mutter erwartet. Schon das Wissen über eine Situation kann eine gute Vorbereitung sein. Aus meiner Sicht müsste es ein niedrigschwelliges Angebot geben, dass Müttern und Eltern Aufklärung bietet und Raum für Fragen lässt. Ähnlich einem *Elternführerschein* sollte man auf die neue Situation vorbereiten und psychosoziale Aspekte einfließen lassen. Ich möchte darauf hinweisen, dass Eltern nicht bevormundend hinsichtlich Erziehung, Ernährung und Lebensweise beraten werden sollen, sondern ehrlich darüber aufgeklärt werden müssen, was sie in ihrem neuen Leben erwartet. In dieser Form würde es sich anbieten, auf die Gefahren einer postpartalen Depression aufmerksam zu machen und darauf hinzuweisen, dass es von Vorteil sein kann, sich schon während der Schwangerschaft auf die Zeit im Wochenbett vorzubereiten. Denn nur wenn der jungen Familie ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen, können Alltagsstressoren verringert werden und Bewältigungsstrategien gestärkt werden.

Anlagen

Anlagenverzeichnis

Familienhebamme 33

Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale 34

Landkreis setzt Familienhebammen ein

Der präventive Kinderschutz im Landkreis Mittelsachsen wird um konkrete Angebote der Frühen Hilfen erweitert. So sind in diesem Bereich bereits drei Familienhebammen vertraglich gebunden und kommen demnächst zum Einsatz.

Eine davon ist Eva Naumann aus Oberschöna. „Familien auch nach der Geburt längerfristig zu begleiten und umfassender als nur medizinisch beratend zu wirken, ist für die gesunde Entwicklung der Kinder wichtig“, so Naumann. Einige Eltern stoßen im Umgang mit den Babys

aufgrund der neuen Situation und im Bestreben, alles richtig machen zu wollen, mitunter auch an ihre Grenzen. „Hebammen haben meist ein enges Vertrauensverhältnis zu den Müttern, was gerade in schwierigen Situationen bedeutend sein kann“, ergänzt die Leiterin des Referates Allgemeiner Sozialer Dienst im Landratsamt Carmen Randhahn-Renner. Gegebenenfalls können diese dann erweiterte Hilfeleistungen vermitteln.

Das Leistungsspektrum der Familienhebammen geht über das der klassischen Hebammen hinaus und besteht insbesondere in der erweiterten psychosozialen Beratung und Begleitung der Familie. Diese präventive Hilfe ist niedrigschwellig orientiert und richtet sich an alle werdenden Eltern und Familien mit Kindern bis Ende des ersten Lebensjahres, die auf freiwilliger Basis an einer für sie kostenfreien Unterstützung interessiert sind. Eva Naumann hat eine spezielle Zusatzausbildung zur Familienhebamme für diese Aufgabe.

Koordiniert werden die Einsätze in der Abteilung Jugend und Familie von Peggy Schroeder: „Es gibt zwei Wege in der Vermittlung der Familienhebammen. Entweder Eltern beziehungsweise werdende Eltern wenden sich an uns oder sie werden über einen Netzwerkpartner vermittelt.“

Sie unterstreicht, dass es sich um ein freiwilliges Angebot handelt. Netzwerkpartner können beispielsweise Ärzte, Sozialarbeiter oder Schwan-

gerenberatungsstellen sein. „Mitunter haben Eltern noch Hemmungen, sich direkt an uns beziehungsweise Behörden zu wenden, diese versuchen wir neben der präventiv aufsuchenden Arbeit auch mit einem solchen Angebot abzubauen. Uns geht es um die Entwicklung und das Wohlbefinden der Kinder“, erläutert Carmen Randhahn-Renner. Nur gemeinsam mit den Eltern können die Mitarbeiter wirksame Hilfe anbieten und auch realisieren. Der Landkreis ist auf der Suche nach weiteren Familienhebammen oder Personen aus ähnlichen Berufen, wie Entbindungspfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Kinderkrankenschwestern). Diese müssten sich dann entsprechend dem Kompetenzprofil der Familienhebammen qualifizieren, welches im Rahmen der Bundesinitiative vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen entwickelt wurde.

Grundlage für den Einsatz von Familienhebammen bildet die Konzeption zur Umsetzung der Bundesinitiative Netzwerke



Eva Naumann aus Oberschöna ist als Familienhebamme im Landkreis Mittelsachsen unterwegs. Foto: Detlev Müller

Frühe Hilfen und Familienhebammen im Landkreis Mittelsachsen. Sie wurde im vergangenen Jugendhilfeausschuss beschlossen. Weitere Schwerpunkte im Landkreis bilden dabei die bereits etablierten präventiven Besuche der Sozialarbeiter rund um die Geburt sowie der Einsatz von ehrenamtlichen Helfern zur Unterstützung von Familien. „All

Kontakt:
Referat Allgemeiner Sozialer Dienst
Netzwerkkoordination
präventiver Kinderschutz
und Frühe Hilfen
Peggy Schroeder
Telefon 03731 799-6217

in Mittelsachsen kurier



Fragebogen zur PPD-Selbsteinschätzung Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale

Bitte markieren Sie die Antwort, die am ehesten beschreibt, wie Sie sich in den letzten sieben Tagen gefühlt haben, nicht nur, wie Sie sich heute fühlen. Bei einer Gesamtpunktzahl von 12 und darüber liegt die Vermutung nahe, dass Sie an einer postpartalen Depression leiden.

- | | |
|--|--|
| <p>I. Ich konnte lachen und die schöne Seite des Lebens sehen.
 [0] So wie immer.
 [1] Nicht ganz so wie früher.
 [2] Deutlich weniger als früher.
 [3] Überhaupt nicht.</p> | <p>I have been able to laugh and see the funny side of things.
 As much as I always could.
 Not quite so much now.
 Definitely not so much now.
 Not at all.</p> |
| <p>II. Ich konnte mich so richtig auf etwas freuen.
 [0] So wie immer.
 [1] Etwas weniger als sonst.
 [2] Deutlich weniger als früher.
 [3] Kaum.</p> | <p>I have looked forward with enjoyment to things.
 As much as I ever did.
 Rather less than I used to.
 Definitely less than I used to.
 Hardly at all.</p> |
| <p>III. Ich habe mich grundlos schuldig gefühlt, wenn etwas schief ging.
 [3] Ja, meistens.
 [2] Ja, gelegentlich.
 [1] Nein, nicht sehr oft.
 [0] Nein, niemals.</p> | <p>I have blamed myself unnecessarily when things went wrong.
 Yes, most of the time.
 Yes, some of the time.
 Not very often.
 No, never.</p> |
| <p>IV. Ich war aus unerfindlichen Gründen ängstlich oder besorgt.
 [0] Nein, gar nicht.
 [1] Selten.
 [2] Ja, gelegentlich.
 [3] Ja, sehr oft.</p> | <p>I have been anxious and worried for no good reason.
 No, not at all.
 Hardly ever.
 Yes, sometimes.
 Yes, very often.</p> |
| <p>V. Ich erschrak leicht oder geriet grundlos in Panik.
 [3] Ja, sehr häufig.
 [2] Ja, gelegentlich.
 [1] Nein, kaum.
 [0] Nein, überhaupt nicht.</p> | <p>I have felt scared and panicky for no good reason.
 Yes, quite a lot.
 Yes, sometimes.
 No, not much.
 No, not at all.</p> |
| <p>VI. Ich fühlte mich durch verschiedene Umstände überfordert.
 [3] Ja, meistens konnte ich die Situationen nicht meistern.
 [2] Ja, gelegentlich konnte ich die Dinge nicht so meistern wie sonst.
 [1] Nein, meistens konnte ich die Situation meistern.
 [0] Nein, ich bewältigte die Dinge so gut wie immer.</p> | <p>Things have been getting on top of me.
 Yes, most of the time I haven't been able to cope.
 Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual.
 No, most of the time I have coped quite well.
 No, I have been coping as well as ever.</p> |
| <p>VII. Ich war so unglücklich, dass ich nur schlecht schlafen konnte.
 [3] Ja, meistens.
 [2] Ja, gelegentlich.
 [1] Nein, nicht sehr häufig.
 [0] Nein, gar nicht.</p> | <p>I have been so unhappy that I have difficulty sleeping.
 Yes, most of the time.
 Yes, sometimes.
 Not very often.
 No, not at all.</p> |
| <p>VIII. Ich habe mich traurig oder elend gefühlt.
 [3] Ja, meistens.
 [2] Ja, gelegentlich.
 [1] Nein, nicht sehr häufig.
 [0] Nein, gar nicht.</p> | <p>I have felt very sad or miserable.
 Yes, most of the time.
 Yes, quite often.
 Not very often.
 No, not at all.</p> |
| <p>IX. Ich war so unglücklich, dass ich weinen mußte.
 [3] Ja, die ganze Zeit.
 [2] Ja, sehr häufig.
 [1] Nur gelegentlich.
 [0] Nein, nie.</p> | <p>I have been so unhappy that I have been crying.
 Yes, most of the time.
 Yes, quite often.
 Only occasionally.
 No, never.</p> |
| <p>X. Ich hatte den Gedanken, mir selbst etwas anzutun.
 [3] Ja, recht häufig.
 [2] Gelegentlich.
 [1] Kaum jemals.
 [0] Niemals.</p> | <p>The thought of harming myself has occurred to me.
 Yes, quite often.
 Sometimes.
 Hardly ever.
 Never.</p> |

Literaturverzeichnis

Beck-Gernsheim, Elisabeth (1993): Mutterwerden – der Sprung in ein anderes Leben. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main

Birkenheier, C./ Hofmann, W. (1999): Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Roderer Verlag, Regensburg

Börgens, Sylvia (2010): Das Kind ist da, das Glück lässt auf sich warten. Balance Buch + Medien Verlag, Bonn

Demal, Ulrike/ Katschnig, Heinz/ Klier, Claudia M. (Hrsg.)(2001): Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Facultas Universitätsverlag, Wien

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.)(2009): ICD-10-GM Version 2010. Systematisches Verzeichnis. Kohlhammer Verlag, Köln

Gmür, Pascale (1995): MutterSeelenAllein: Erschöpfung und Depression bei Müttern von Kleinkindern. Pro Juventute Verlag, Zürich

Gröhe, Friederun (2003): Nehmt es weg von mir. Depressionen nach der Geburt eines Kindes. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Gröhe, Friederun (2004): Postpartale Depressionen—ein eigenständiges Krankheitsbild? Stichwort: Begriffsbestimmung postpartale Depression; Fundstelle: <http://web.qualitative-forschung.de/publikationen/postpartale-depressionen/pd-definition.htm>, verfügbar am: 16.05.2013

Hartmann, Hans-Peter (2011): Ursachen, Behandlung und Verlauf postpartaler Depression. In: Kißgen, R./ Heinen, N. (Hrsg.): Familiäre Belastungen in früher

Kindheit. Früherkennung, Verlauf, Begleitung, Interventionen. Stuttgart, Klett-Cotta-Verlag

Herwartz-Emden, Leonie (1995): Mutterschaft und weibliches Selbstkonzept: eine interkulturell vergleichende Untersuchung. Juventa Verlag, Weinheim und München

Jaque-Rodney, Jennifer (ohne Angabe): Stichwort: Familienhebamme; Fundstelle: <http://familienhebamme.de/index.php>, verfügbar am 20.06.2013

Lebovici, Serge (1990): Der Säugling, die Mutter und der Psychoanalytiker: die frühen Formen der Kommunikation. Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart

Lohse, Tina (2008): Hilfe, ich kann mein Kind nicht lieben. Postpartale Depression: Krankheitsbild, Verlauf, Ursachen, Therapiemöglichkeiten. Diplomica Verlag, Hamburg

Nispel, Petra (2001): Mutterglück und Tränen. Das seelische Tief nach der Geburt überwinden. Herder Verlag, Freiburg im Breisgau

Reck, Corinna (2010): Postpartale Depression: Bedeutung für die Mutter-Kind-Beziehung. Stichwort: Postpartale Depression; Fundstelle: [http://neurologie-
psychiatrie.universimed.com/artikel/postpartale-depression-bedeutung-
f%C3%BCr-die-mutter-kind-beziehung](http://neurologie-psychiatrie.universimed.com/artikel/postpartale-depression-bedeutung-f%C3%BCr-die-mutter-kind-beziehung), verfügbar am: 16.05.2013

Sauer, Birgit (1997): Postpartale Depression. Die Geburt eines Kindes als kritisches Lebensereignis bei Frauen. Lit-Verlag, Münster

Schatten & Licht e. V. (ohne Angabe): Stichwort: Postpartale Depression; Fundstelle: [http://www.schatten-
und-
licht.de/joomla/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=6
&Itemid=54&lang=de](http://www.schatten-und-licht.de/joomla/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=6&Itemid=54&lang=de), verfügbar am 16.05.2012

Stern, Daniel (2006): Mutter und Kind. Die erste Beziehung. Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart; 5. Auflage

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Bearbeitungsort, Datum

Unterschrift